استناد به این مقاله: حفاری، هدی؛ دباغی، پرویز؛ احمدی، خدابخش(۱۳۹۲). تاثیرآموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبان سالمند ناتوان. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۳ (۲)، ۶۴-۵۱.

تاثیرآموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبان سالمند ناتوان

هدی حفاری[۱]، پرویز دباغی[۲] و خدابخش احمدی[۳]

دریافت:۱۳۹۱/۲/۶ پذیرش: ۱۳۹۳/۳/۱۹

چکیده

با توجه به افزایش جمعیت سالمندان در جهان و اینکه بخشی از سالمندان ناتوان بوده و احتیاج به مراقبت دارند و ترجیح نگهداری آنها در منزل، توجه به مراقبین و کاهش فشار مراقبتی آنها ضروری به نظر می رسد. لذا در این پژوهش به بررسی تاثیر مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از سالمند ناتوان پرداخته شده است. این پژوهش به صورت نیمه تجربی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با ۱۰ جلسه مداخله به شیوه گروهی انجام شد. گروه مطالعه ۳۳ زن بود که مراقبت از بستگان سالمند خود را برعهده داشتند و به صورت تصادفی در ۲ گروه گواه و آزمایش قرار گرفتند. جهت بررسی کیفیت زندگی از آزمون کیفیت زندگی ۳۶سوالی استفاده شد و نتایج حاصله با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج بدست آمده نشان داد که آموزش مدیریت استرس بصورت معنی داری باعث ارتقاء کیفیت زندگی به صورت کلی و در ابعاد (محدودیت های ناشی از مشکلات هیجانی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی) می شود و در زیر مقیاس های عملکرد جسمانی و محدودیت های ناشی از مشکلات جسمانی تاثیر معناداری مشاهده نشد. مطابق با یافته های پژوهشی و با توجه به ضرورت حفظ فرهنگ اسلامی و ایرانی در خصوص نگهداری سامندان ناتوان در منزل و مراقبت از سوی خانواده، پیشنهاد می شود برنامه های پیشگیرانه با بهره گیری از روش مدیریت استرس بطور ادواری روی این مراقبین اجرا شود

کلید واژه ها: *مراقب، سالمند ناتوان ، کیفیت زندگی ، مدیریت استرس*

[۱]کارشناس ارشد روانشناسی بالینی ، دانشگاه علم و فرهنگ، hodahafari@yahoo.com

[۲] استادیار دانشگاه علوم پزشکی ارتش.

[۳]دانشیار دانشگاه علوم پزشکی بقیه ا...(ع) .

مقدمه

با شروع دوره سالمندی عوارض جسمی و روانی متعددی دامنگیر سالمندان می شود به نحوی که عدم برخورداری از سلامت وبروز بیماری های مزمن سبب محدودیت در فعالیتهای سالمندان شده و به طور معمول یک چهارم مردم بعد از سن بازنشستگی قادر به انجام فعالیتهای خود نبوده و ۱۰ درصد آنان نیز کاملا وابسته می شوند (مسعودی وهمکاران ۱۳۸۹) و ۸۰ درصد از سالمندان حداقل به یک بیماری مزمن مبتلا می باشند (حبیبی سولا و همکاران،۱۳۸۷). لذا اکثر افراد در دوره کهنسالی و سالهای پایانی عمر خود نیاز به مراقبت و پرستاری دارند که با توجه به شرایط کنونی حاکم بر جامعه معمولا دو راهکار عمده در این ارتباط وجود دارد: سپردن سالمندان به مراکز شبانه روزی نگهداری سالمندان و نگهداری سالمند توسط بستگان در منزل.

گر چه هدف نهایی مراقبت از سالمندان در مراکز نگهداری حفظ کیفیت زندگی است با این وجود عقیده بر آن است که ماهیت زندگی در این اماکن ساکنین آنها را مستعد داشتن زندگی ناامید کننده ای می سازد (حسامزاده وهمکاران،۱۳۸۸) و کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده در ابعاد عملکرد جسمی، اجتماعی، رضایت از زندگی و مراقبت از خود،مطلوب تر از سالمندان مقیم مراکز می باشد.

(همتی علمدارلو و همکاران، ۱۳۸۸) مطالعات متعدد بیانگر این است که شیوع افسردگی در سالمندان مقیم سراهای سالمندان بیش از سالمندان سطح جامعه است (تابان و همکاران، ۱۳۸۴) همچنین بررسی انجام شده توسط همتی علمدارلو و همکاران (۱۳۸۸) نشان می دهد که احساس تنهایی سالمندان ساکن خانه سالمندان به طور معناداری بیشتر از سالمندان ساکن خانه است واحساس تنهایی خود احتمال ابتلای سالمندان به بیماری های روانی و جسمانی از جمله افسردگی را افزایش می دهد. لذا با توجه به شرایط فعلی نگهداری سالمندان نزد خانواده، فشار ناشی از مراقبت از سالمندان در تمامی ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی، معنوی و همچنین کیفیت زندگی مراقبین را تحت تاثیر قرار می دهد (محمدی و بابایی، ۱۳۹۰).

نتایج تحقیق تسوکاساکی [1] و همکاران در سال ۲۰۰۸ بر روی مراقبین سالمندان نشان داده است که حدود ۵۰ درصد از مراقبین به فشار خون بالا مبتلا هستند که در این زمینه تسوکاساکی تحقیقاتی از شاو و همکاران نیز نقل کرده است که نتایج آن تایید کننده نتایج تحقیقات وی بوده و شیوع فشار خون بالا را برای مراقبت کنندگان به میزان قابل توجهی بالاتر از افراد دیگر عنوان کرده است. در تحقیقی که توسط

1 Tsukasaki

یاماکی ۱ در سال ۲۰۰۹ بر روی ۲۰۶ زن مراقبت کننده از سالمند انجام شد در هر دو گروه شیوع درد مفاصل، فشار خون بالا، چاقی و محدودیت های فعالیتی نسبت به زنان کل جامعه بیشتر و در گروه سنی متوسط شیوع دیابت و کلسترول خون بالا نسبت به هم سن های خود در جمعیت عمومی بیشتر گزارش شده است.در تحقیقی که توسط باستانی و همکاران (۱۳۸۹) بر روی زنان مراقبت کننده از سالمند مبتلا به آلزایمر انجام داده اند نیز تنها ۲۴ درصد زنان سطح مطلوبی از سلامت عمومی را داشته و ۵۸٫۷٪ سلامت عمومی متوسط و ۱۷٫۳ ٪ سلامت عمومی نامطلوب را گزارش داده اند.

عباسی و همکاران (۱۳۹۲) نیز طی تحقیقی نشان دادند که مراقبین در برابر فشار مراقبتی اغلب از روش های مقابله ای نا کار آمد و هیجان مدار استفاده می نمایند که این امر سبب افزایش این فشار می گردد همچنین تحقیق لی[2] در سال ۲۰۰۸ نشان داده است که فشار مراقبتی باعث ایجاد صدماتی برای خود سالمند نیز می شود، از جمله آن افزایش احتمال سوء رفتار با سالمندان می باشد ؛ به نحوی که مهمترین عامل بدرفتاری با سالمندان استرس های مراقبین گزارش شـــــده است که موارد فوق الذکر لزوم توجه به مراقبیـن را آشکار می سازد.

بنابراین یکی از نیازهای مراقبان، کاهش استرس آنهاست. از سویی دیگر مدیریت استرس شامل راهبردهایی است که به فرد کمک می کند تا موقعیت هایی را که باعث استرس می شوند شناسایی کرده و نسبت به آنها آگاه شود و می توان گفت که مدیریت استرس توانایی فرد را برای کاهش استرس و سازگاری مناسب باموقعیتهای استرس آور افزایش می دهد (جبل عاملی وهمکاران، ۱۳۸۹). لذا در این پژوهش به بررسی این فرضیه که آموزش مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از بستگان سالمند ناتوان می شود، پرداخته شد.

روش

این پژوهش به صورت نیمه تجربی و با دو گروه آزمایش و گواه همراه با پیش آزمون و پس آزمون اجرا گردید. ابزار مورد استفاده برای سنجش متغیر وابسته آزمون SF36 بود که به عنوان پیش آزمون وپس آزمون از هر دو گروه اخذ شد. جامعه آماری عبارت بودند از بستگان مراقب کننده از سالمند ناتوان در منزل که به صورت تصادفی در دسترس و با توجه به فراخوان طرح و برگزاری جلسه توجیهی از بین مراقبینی که جهت شرکت در طرح ابراز تمایل نمودند ۴۰ نفر انتخاب شده و در دو گروه

1 Yamaki
2 Lee

بصورت تصادفی قرار گرفتند که در پایان پایان پژوهش بدلایل مختلف از جمله عدم تکمیل پس آزمون ، انصراف از ادامه شرکت در جلسات آموزشی، و نقص در اطلاعات آزمون های تکمیل شده، ۱۷ نفر در گروه گواه و۱۶ نفر در گروه آزمایش باقی ماندند. ملاکهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- مونث باشند (از آنجایی که ۷۵٪ مراقبین خانوادگی را زنان تشکیل می دهند (باستانی و همکاران (۱۳۸۹)به نقل از یونگ می و فرانک)و نیز به منظوربرقراری ارتباط هر چه بهتر و راحتر مراقبین در تعامل با محقق و گروه این ملاک در نظر گرفته شد). ۲- حداقل تحصیلات خواندن ونوشتن را داشته باشند (با توجه به اینکه مداخله مستلزم مطالعه مثال ها و انجام تمرینات به صورت کتبی بود حداقل داشتن سواد خواندن و نوشتن برای شرکت کنندگان ضروری تشخیص داده شد). ۳- حداقل ۶ ماه از شروع مراقبت ایشان گذشته باشد. (تحقیق شیو هیو وهمکاران (۲۰۰۲) نشان می دهد که افزایش مدت زمان مراقبت، فرسودگی و فشار وارده بر مراقبین را افزایش می دهد). ۴- عضو اصلی خانواده سالمند باشند و درازای مراقبت از بستگان سالمند خود وجهی دریافت نکنند. ۵- سالمند در انجام فعالیت های روزمره خود نیازمند کمک مراقبین باشد. این ملاک با توجه به تحقیقات صورت گرفته بر روی مراقبین که نشان دهنده تاثیر میزان وابستگی و ناتوانی سالمند بر سلامت مراقب می باشد تعیین شد از جمله اینکه هر چه درجه و شدت وابستگی سالمند افزایش پیدا می کند فشار وارد بر مراقبین نیز افزوده می شود (بابایی، ۱۳۸۶) و اینکه سلامت بیمار خصوصا سلامت فیزیکی وی در رفاه و وضعیت روانی مراقب تاثیر گذار است (پیترزو همکاران ۲۰۱۱) و نیز سطح عملکرد، وابستگی وسلامت جسمانی سالمند بیشتر از نوع و علائم بیماری او بر تجارب مراقبتی تاثیر گذار است (محمدی شاهبلاغی و همکاران،۱۳۸۷) و (کارلاویش و همکاران،۲۰۰۸)

ابزار

در این پژوهش به منظور سنجش کیفیت زندگی از پرسشنامه ی SF36 استفاده شد که شامل ۹ دسته سوال در ابعاد عملکرد جسمی، محدودیت انجام فعالیت در اثر آسیب جسمی، انرژی و خستگی، محدودیت در انجام فعالیت در اثر آسیب روحی، درد بدنی، عملکرد اجتماعی، سلامت روانی، سلامت کلی و تغییرات سلامت می باشد (ادیب حاج باقری وعباسی نیا ۱۳۸۸) نسخه اولیه این آزمون در سال ۱۹۸۸ توسط سازمان جهانی بهداشت جهت بررسی سلامت در دو بعد روانی و جسمانی تهیه شد و در سال ۱۹۹۱ در جمعیت های متفاوتی از ایالات متحده آمریکا اجرا و در سال ۱۹۹۳ کاربرد جهانی پیدا کرد(بصیری مقدم و همکاران،۱۳۸۵) و در حال حاضر به دلیل جامع و کوتاه بودن یکی از پرکاربردترین

ابزارهای اندازه گیری کیفیت زندگی در دنیـا می باشد بطوری که در بررسی مطالعات انجام شده بیش از ۴۰۰۰ مورد از این ابزار استفاده شده است (درویش پورکاخکی و همکاران، ۱۳۸۸) و به گزارش بصیری مقدم و همکاران (۱۳۸۵) ضریب آلفای کرانباخ و ضریب پایایی آن به ترتیب برابر با ۰/۸۰=a و ۰/۸۳=r می باشد.

به‌منظور تشخیص وابستگی سالمندان نیز از نسخه ی فارسی معادل سازی شده مقیاس بارتل[1] استفاده شد که جهت ارزیابی سطح استقلال عملکردی سالمندان در فعالیتهای روزمره زندگی(ADL)۲ در ۱۰ مقیاس زیر تهیه شده است : بهداشت فردی، حمام کردن، غذا خوردن، توالت، بالارفتن از پله، لباس پوشیدن، کنترل مدفوع، کنترل ادرار، راه رفتن، نقل و انتقال، و نمرات کمتر از ۷۵ نشانگر وابستگی متوسط تا کاملا وابســـته است (۷۴-۵۰ متوسط، ۴۹-۲۵ شدید و ۲۴-۰ کاملا وابسته) (میرعارفین و همکاران، ۱۳۸۸)(بوئر[3] و همکاران، ۲۰۱۳)

در این پژوهش ابتدا جلسه توجیهی مشترک بین هر دو گروه و در پایان مداخله و پس از انجام پس آزمون نیز به منظور قدردانی از گروه گواه ،جلسه آموزش آرمیدگی برگزار گردید . جلسات مداخله گروه آزمایش شامل آموزش مدیریت استرس و آرمیدگی بودکه در ۱۰ جلسه ۳ ساعته به صورت هفته ای یکبار با عناوین و موضوعات ذیل برگزار: معرفی برنامه، استرس زاها و پاسخ های استرس، استرس و آگاهی، ارتباط افکار و هیجانات، تفکر منفی و تحریفات شناختی، جایگزینی افکار منطقی، آموزش پاسخ های مقابله ای موثر، آموزش روش های پذیزش وتعهد(ذهن آگاهی وارزشها)، مدیریت خشم، آموزش ابراز گری، حمایت اجتماعی و مرور برنامه (آنتونی وهمکاران، ۱۳۸۸).

جهت آزمودن فرضیه این پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس به دلیل مزایای آن از جمله: کاهش اشتباهات آزمایشی، اعمال کنترل آزمایشی، تفسیر اثرات ازمایشی وتصحیح میانگین های آزمایش، تخمین داده های گمشده و یا از دست رفته (هاول[4]،۲۰۱۰) استفاده شد که البته برای رعایت شروط تحلیل کوواریانس نمونه ها تصادفی بوده و آزمون همسانی واریانس ها رعایت شد و در جهت نمایش میزان و جهت تاثیر مداخله، میانگین نمرات پس آزمون گروه های گواه و آزمایش نیز در مقیاس اصلی و زیر مجموعه های آن محاسبه گردید.

---

[1] Barthel
2 Activity of daily Living
[3] Bauer
[4] Howell

یافته ها

آزمودنی ها شامل ۳۳ زن مراقب با میانگین سنی ۵۰/۲۷ سال بود که ۳۶ درصد آزمودنی ها مجرد و ۶۴ درصد متاهل بودند که ۵۵ درصد آنها ۵ سال و یا بیشتر از سالمند خود مراقبت کرده، ۳۰درصد سه سال و یا بین ۳و ۵ سال و ۱۵ درصد نیز بین ۶ ماه تا ۳ سال مسئولیت مراقبت از سالمند خود را برعهده داشتند و میانگین سنی سالمندان تحت مراقبت ۷۷/۷۵سال با کمترین و بیشترین سن ۶۳ و ۸۹ ساله بود.

جدول ۱- همسانی واریانس ها در مقیاس کیفیت زندگی و زیر مقیاس های آن

مقیاس	F	درجه آزادی	سطح معنا داری
کیفیت زندگی کلی	۰,۳۴۰	۳۱	۰,۵۶۴
عملکرد جسمانی	۰,۲۸۱	۳۱	۰,۶۰۰
محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی کیفیت زندگی	۱,۱۸۸	۳۱	۰,۲۸۴
محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی کیفیت زندگی	۰,۷۵۱	۳۱	۰,۳۹۳
انرژی و نشاط	۰,۵۱۳	۳۱	۰,۴۷۹
سلامت عاطفی	۰,۳۶۷	۳۱	۰,۵۴۹
عملکرد اجتماعی	۲,۴۱۹	۳۱	۰,۱۳۰
درد	۰,۷۴۳	۳۱	۰,۱۱۰
سلامت عمومی	۱,۳۰۹	۳۱	۰,۲۶۱

سنجش پیش شرط همسانی واریانسها برای آزمون آماری تحلیل کواریانس نشان داد که در تمامی زیر مقیاس های آزمون، سطح معنی داری بزرگ تر از ۰,۰۵ است و بنابر این فرض مساوی بودن واریانس ها در تمامی مقیاس های مذکور در دو گروه آزمایش و گواه برقرار می باشد (جدول ۱).

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد مقیاس کیفیت زندگی و زیر مقیاس های آن

مقیاس	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
کیفیت زندگی کلی	گواه	۵۰,۵۳	۱۳,۳۵۶	۱۷
	آزمایش	۵۸,۴۴	۱۲,۳۱۲	۱۶
عملکرد جسمانی	گواه	۸۲,۶۵	۱۲,۵۱۵	۱۷
	آزمایش	۸۴,۳۷	۱۲,۶۳۳	۱۶

محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی	گواه	۳۰٫۸۸	۳۷٫۰۰۷	۱۷
	آزمایش	۲۶٫۵۶	۲۹٫۵۳۶	۱۶
محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	گواه	۳۹٫۰۶	۴۲٫۸۰۱	۱۷
	آزمایش	۶۲٫۲۵	۳۸٫۲۶۰	۱۶
انرژی و نشاط	گواه	۴۶٫۱۸	۱۴٫۴۱۹	۱۷
	آزمایش	۵۴٫۶۹	۱۲٫۱۷۵	۱۶
سلامت عاطفی	گواه	۵۲٫۷۱	۱۶۹۸۴	۱۷
	آزمایش	۶۳٫۲۵	۱۲٫۷۵۱	۱۶
عملکرد اجتماعی	گواه	۵۴٫۱۹	۱۷٫۱۳۰	۱۷
	آزمایش	۶۱٫۷۵	۱۰٫۴۴۷	۱۶
درد	گواه	۵۷٫۲۹	۲۳٫۱۶۲	۱۷
	آزمایش	۶۳٫۲۵	۱۷٫۳۳۰	۱۶
سلامت عمومی	گواه	۴۴٫۷۱	۱۸٫۴۱۱	۱۷
	آزمایش	۵۴٫۶۹	۱۶٫۸۷۹	۱۶

جهت آزمودن فرضیه پژوهشی که آموزش مدیریت استرس باعث افزایش کیفیت زندگی مراقبت کنندگان از بستگان سالمند ناتوان می شود نمره کل آزمون کیفیت زندگی (SF36) محاسبه شد. نتایج نشان داد که میانگین نمرات پس آزمون مقیاس کیفیت زندگی و ۷ زیر مقیاس آن که عبارتنداز عملکرد جسمانی، محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی کیفیت زندگی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است و تنها زیر مقیاس محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی کاهش نشان می دهد(جدول ۲).

جدول ۳ - تحلیل کوواریانس کیفیت زندگی و زیرمقیاس های آن

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
کیفیت زندگی	پیش آزمون کیفیت زندگی	۳۴۸۴٫۸۱۷	۱	۳۴۸۴٫۸۱۷	۶۳٫۶۱۷	۰٫۰۰۰۱
	گروه	۱۳۲۱٫۸۸۰	۱	۱۳۲۱٫۸۸۰	۲۴٫۱۳۱	۰٫۰۰۰۱
	خطا	۱۶۴۳٫۳۵۵	۳۰	۵۴٫۷۷۹		
عملکرد جسمانی	پیش آزمون عملکرد	۲۱۱۶٫۴۶۳	۱	۲۱۱۶٫۴۶۳	۲۲٫۸۱۴	۰٫۰۰۰۱

	جسمانی					
	گروه	۱۲۱,۱۴۱	۱	۱۲۱,۱۴۱	۱,۳۰۶	۰,۲۶۲
	خطا	۲۷۸۳,۱۶۹	۳۰	۹۲,۷۷۲		
محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی	پیش آزمن وضعیت سلامت جسمانی	۲۱۲۴۱,۵۸۲	۱	۲۱۲۴۱,۵۸۲	۴۶,۳۲۵	۰,۰۰۰۱
	گروه	۵۳۱,۳۵۶	۱	۵۳۱,۳۵۶	۱,۱۵۹	۰,۲۹۰
	خطا	۱۳۷۵۶,۱۲۰	۳۰	۴۵۸,۵۳۷		
محدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی	پیش آزمون مشکلات هیجانی	۲۲۰۷۸,۴۳۰	۱	۲۲۰۷۸,۴۳۰	۲۲,۶۹۱	۰,۰۰۰۱
	گروه	۶۸۳۸,۴۳۳	۱	۵۸۳۸,۴۳۳	۷,۰۲۸	۰,۰۱۳
	خطا	۲۹۱۸۹,۵۱۱	۳۰	۹۷۲,۹۸۴		
انرژی و نشاط	پیش آزمون انرژی و نشاط	۲۱۲۸,۲۰۶	۱	۲۱۲۸,۲۰۶	۱۸,۶۵۹	۰,۰۰۰۱
	گروه	۷۳۲,۰۰۰	۱	۷۳۲,۰۰۰	۶,۴۱۸	۰,۰۱۷
	خطا	۳۴۲۱,۷۰۲	۳۰	۱۱۴,۰۵۷		
سلامت عاطفی	پیش آزمون سلامت عاطفی	۴۵۹۵,۲۴۰	۱	۴۵۹۵,۲۴۰	۵۶,۰۵۶	۰,۰۰۰۱
	گروه	۱۰۶۶,۷۹۱	۱	۱۰۶۶,۷۹۱	۱۳,۰۱۳	۰,۰۰۱
	خطا	۲۴۵۹,۲۹۰	۳۰	۸۱,۹۷۶		
عملکرد اجتماعی	پیش آزمون عملکرد اجتماعی	۲۴۸۰,۲۴۲	۱	۲۴۸۰,۲۴۲	۱۹,۳۹۱	۰,۰۰۰۱
	گروه	۵۵۹,۱۷۱	۱	۵۵۹,۱۷۱	۴,۳۷۲	۰,۰۴۵
	خطا	۳۸۳۷,۲۲۹	۳۰	۱۲۷,۹۰۸		
درد	پیش آزمون درد	۳۷۷۲,۴۳۸	۱	۳۷۷۲,۴۳۸	۱۲,۱۴۸	۰,۰۰۲
	گروه	۱۵۳۱,۸۷۹	۱	۱۵۳۱,۸۷۹	۴,۹۳۳	۰,۰۳۴
	خطا	۹۳۱۶,۰۹۱	۳۰	۳۱۰,۵۳۶		
سلامت عمومی	پیش آزمون سلامت عمومی	۴۹۵۳,۹۵۷	۱	۴۹۵۳,۹۵۷	۳۱,۳۳۴	۰,۰۰۰۱
	گروه	۹۰۸,۱۹۹	۱	۹۰۸,۱۹۹	۵,۷۴۴	۰,۰۲۳
	خطا	۴۷۴۳,۰۱۰	۳۰	۱۵۸,۱۰۰		

نتایج تحلیل کوواریانس نیز در مقیاس کیفیت زندگی و تمامی زیر مقیاس های آن که عبارتندازمحدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی کیفیت زندگی، انرژی و نشاط، سلامت

عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی و در سطح آماری کمتر از ۰٫۰۵ معنادار است و تنها در دو زیر مقیاس عملکرد جسمانی و محدودیت های ایفای نقش ناشی از وضعیت سلامت جسمانی کیفیت زندگی تاثیر معناداری را نشان نداد بنابراین می توان گفت مداخله انجام شده باعث تفاوت معنادار بین دو گروه آزمایش و گواه در مقیاس کیفیت زندگی و۶ زیر مقیاس آن که عبارتندازمحدودیت های ایفای نقش ناشی از مشکلات هیجانی کیفیت زندگی، انرژی و نشاط، سلامت عاطفی، عملکرد اجتماعی، درد و سلامت عمومی شده است(جدول ۳).

بحث

اغلب دیده می شود که در پایان زندگی بستگان سالمند به عنوان تعهد، وظیفه یا مسئولیت اخلاقی مراقبت از وی را بر عهده گرفته و از ایشان حمایت می کنند. (برازیل[1] و همکاران،۲۰۰۹) و حتی جامعه نیز از بستگان خصوصا دختران بدون در نظر گرفتن شرایط محیطی و یا نیازهای شخصی آنها انتظار دارد که خود را وقف مراقبت از والدین سالمند خود کنند. (ران[2]، ۲۰۰۹) جامعه و حتی پژوهشگران توجه و تحقیقات خود را اغلب و درموارد متعددی به موضوعات سالمندان از قبیل سلامت جسمی، سلامت روان، احساسات، نیازها و کیفیت زندگی ایشان اختصاص داده اند وهمان طور که اشاره شد، بهترین مکان برای اقامت سالمند خانواده است و بالطبع آن نوعی نگرش یکجانبه به وجود آمده که بستگان سالمندان را موظف به مراقبت از ایشان می داند اما در این بین کمتر به مشکلات و نیاز های مراقبین از سالمندان توجه شده است. وابستگی متقابل اعضای خانواده باعث می شود که سلامتی هر عضو آن بر دیگر اعضا و کل خانواده موثر باشد (محمدی شاهبلاغی، ۱۳۸۵) و بالطبع بیماری و ناتوانی سالمندان بر روی مراقبین آنها تاثیر گذار می باشد و تا جایی که برخی پژوهشگران مراقبین خانگی سالمندان را " بیماران مخفی " دانسته واین افراد را در معرض ابتلا به اختلالات جسمی، روانی و اجتماعی بیشماری دانسته اند (اسپارلاک،۲۰۰۵) ؛ لذا در این پژوهش بر کاهش فشار ناشی از مراقبت تمرکز و به تاثیر مدیریت استرس بر کیفیت زندگی مراقبین پرداخته شده است.

همان طور که نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد فرضیه این پژوهش که همانا ارتقاء کیفیت زندگی مراقبین از بستگان سالمند ناتوان بود محقق گشته و آموزش مدیریت استرس باعث ارتقاء کیفیت زندگی به صورت کلی و در تمامی ابعاد آن به غیر از بعد علائم جسمانی و محدودیت های ناشی از مشکلات

[1] Brazil
[2] Ron

جسمانی بودکه البته با توجه به نوع آیتم های تشکیل دهنده این دو بعد که به موضوعات فیزیکی مانند توانایی حمل اجسام سنگین، پیاده روی و... مربوط می شد، این موضوع تاحدی قابل تبیین است ؛ بدین صورت که بسیاری از مراقبین در این زمینه ها دچار مشکلات شدید نبودند و در نتیجه تغییر خاصی نیز مشاهده نشد و نیز برخی دیگر از مراقبین که از نظر سنی میانسال و یا سالمند محسوب می شدند در این فاکتورها مانند بالا رفتن از پله و خم شدن و زانو زدن دارای مشکلات بدنی بودند و قابل انتظار است که با توجه به وضوح و عینیت سوالات در این بخش ها تاثیر چندانی ملاحظه نشود.

نکته قابل توجهی که در باب کیفیت زندگی مطرح می باشد؛ این است که کیفیت زندگی به برداشت هر شخص از وضعیت سلامت خود و میزان رضایت از این وضعیت مربوط می شود (حمیدی زاده و همکاران، ۱۳۸۷) و با وجودی که این پژوهش به آموزش شیوه مدیریت استرس پرداخته و بهبودی در شرایط واقعی و موجود حاکم برزندگی مراقبین ایجاد نکرده است توانسته است با تغییر در نوع نگرش و پاسخ مراقبین نسبت به شرایط حاکم بر زندگی و آموزش شیوه صحیح مقابله به ارتقای رضایتمندی ایشان کمک کرده و نهایتا کیفیت زندگی مراقبین را بالا ببرد.

نتایج تحقیق حاضر در این بخش با نتایج حاصل از پژوهش های پیشین در خصوص اثر بخشی آموزش مدیریت استرس بر روی دیگر گروه ها نیز همخوان می باشد از جمله پژوهش چوبفروش زاده و همکاران (۱۳۸۹) بر روی زنان نابارور، پژوهش جواهری و همکاران (۱۳۸۹) بر روی بیماران زن مبتلا به صرع لوب گیجگاهی، پژوهش نشاط دوست و همکاران (۱۳۸۸) بر روی بیماران مبتلا به نوعی بیماری پوستی وپژوهش لوپز و همکاران (۲۰۱۱) بر روی بیماران مبتلا به خستگی مزمن که همگی نشان از تاثیر آموزش مدیریت استرس بر افزایش کیفیت زندگی نمونه های تحت بررسی دارد.

باتوجه به محدودیت تعمیم پذیری نتایج حاصل از شیوه نمونه گیری در دسترس آموزش های با محوریت مدیریت استرس بر روی قشر وسیع تری از مراقبین و توسط سازمان های ذیربط پیشنهاد می گردد. همچنین با توجه به اینکه شرکت کنندگان نیاز بسیاری به تخلیه هیجانی نشان می دادند و خواستار همدلی بودند و نیز تمایل شدید ایشان به تمرینات آرمیدگی که به کاهش استرس ایشان کمک می کرد پیشنهاد می شود که مداخلاتی با سرفصل های حمایتی و آرمیدگی صرف و یا توام با یکدیگر برای این گروه در نظر گرفته شده و نیزتحقیقاتی درجهت بررسی تاثیر و مقایسه این روش ها با سایر روش های درمانی، آموزشی از جمله آموزش مدیریت استرس صورت پذیرد.

پیشنهادات: مطابق با یافته های پژوهشی و با توجه به ضرورت حفظ فرهنگ اسلامی و ایرانی در خصوص نگهداری سامندان ناتوان در منزل و مراقبت از او از سوی خانواده، پیشنهاد می شود برنامه های پیشگیرانه با بهره گیری از روش مدیریت استرس بطور ادواری روی این مراقبین اجرا شود.

تقدیر و تشکر: از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که دعوت محققان را اجابت کردند و از سرکار خانم حسین خان که جهت انجام این پژوهش نهایت همکاری را داشتند تشکر و قدردانی می نماییم.

منابع:

ادیب حاج باقری ، محسن؛ عباسی نیاء، محمد (۱۳۸۸). ارزیابی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در سالمندان مبتلا به شکستگی گردن ران با دو ابزار SF ۳۶ و EQ5D. *پژوهش پرستاری*، ۴، ۱۵، ص ۷۱-۷۹.

آنتونی ، مایکل ؛ ایرونسون ، گیل ؛ اشنایدرمن ، نیل (۱۳۸۸). *راهنمای عملی مدیریت استرس به شیوه شناختی – رفتاری* . ترجمه آل محمد ، سید جواد ؛ جوکار ، سولماز ؛ نشاط دوست ، حمیدطاهر ، اصفهان : انتشارات جهاد دانشگاهی . چاپ دوم.

بابایی ، مهرزاد (۱۳۸۶) . مشکلات اجتماعی خانواده های مراقبت کننده از سالمند ناتوان در شهر کرج . *سالمند (مجله سالمندی ایران)* . ۲ ، ۳ ، ص۱۷۷-۱۸۱.

باستانی ، فریده ؛ حسینی ، راضیه السادات ؛ بنی اسد ، ماه منیر؛ حقانی ، حمید (۱۳۸۹) . سلامت عمومی زنان مراقبت کننده از سالمندمبتلا به آلزایمر . *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، ۵،۱۷، ص ۴۳-۵۱.

بصیری مقدم ، کوکب؛ هوشمند ، پوری ؛ اسماعیلی ، حبیب ا... (۱۳۸۵). بررسی ارتباط بین نوع شخصیت و نستوهی با سلامتی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی گناباد . *افق دانش (مجله دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد)* ، ۱۲ ، ۱، ص ۴۷-۵۳.

تابان ، حبیب اله؛ احمدزاده ، غلامحسین؛ قاسمی ، غلامرضا ؛ فرزانه ، آرزو ؛ کاظمی ، مژگان (۱۳۸۴). مقایسه

شیوع افسردگی در ساکنین خانه سالمندان صادقیه با سالمندان ساکن در شهر اصفهان . *مجله دانشکده پزشکی اصفهان* ،(۷۷) ۲۴ .ص ۵۹–۵۵.

جبل عاملی ، شیدا ؛ نشاط دوست ، حمیدطاهر ؛ مولوی ، حسین (۱۳۸۹) . اثر بخشی مداخله مدیریت استرس به شیوه شناختی –رفتاری بر کیفیت زندگی و فشار خون بیماران زن مبتلا به فشار خون . *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان* ، دوره پانزدهم ، ص۸۸–۹۷.

جواهری ، راضیه ؛ نشاط دوست ، حمید ؛ مولوی، حسین ؛ زارع ،محمد(۱۳۸۹) . اثربخشی درمان مدیریت استرس شناختی رفتاری به کیفیت زندگی زنان مبتلا به صرع لوب گیجگاهی . *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک* . ۱۳. ۲(شماره پیاپی ۵۱)،ص ۴۳–۳۲.

چوبفروش زاده ،آزاده ؛ کلانتری ، مهرداد ؛ مولوی ، حسین (۱۳۸۹). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی زنان نابارور. *مجله زنان مامایی و نازایی ایران* ، ۱۴(۱)، ص۱۴–۲۱.

حبیبی سولا ، عقیل ؛ نیکپور ، سغری ؛ سیدالشهدایی ، مهناز ؛ حقانی ، حمید (۱۳۸۷). ا رتباط کیفیت زندگی با فعالیتهای جسمی در سالمندان . *فصلنامه پرستاری ایران* ، ۲۱ ، ۵۳ ، ۲۹–۳۹ .

حسامزاده ، علی ؛ سید مداح ، باقر ؛ محمدی شاهبلاغی ، فرحناز ؛ فلاحی خشکناب ، مسعود؛ رهگذر ، مهدی(۱۳۸۸) . مقایسه کیفیت زندگی سالمندان مقیم خانواده با سالمندان مقیم سراهای سالمندان خصوصی و دولتی شهر تهران (مقاله پژوهشی) . *سالمند (مجله سالمندی ایران)*، ۴،۱۴،ص ۷۴–۶۶.

حمیدی زاده ، سعید؛ احمدی ، فضل اله ؛ اصلانی ، یوسف ؛ اعمادی فر ، شهرام ؛ صالحی ، کمال ؛ کردیزدی ، رحمت اله (۱۳۸۷). بررسی تاثیر برنامه ورزش گروهی بر کیفیت زندیگ سالمندان د ر سال۸۶–۱۳۸۵ . *مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی –درمانی شهید صدوقی یزد* . ۱۶،۱، ص ۸۶–۸۱.

درویش پورکاخکی ، علی ؛ عابد سعیدی ، ژیلا؛ دلاور ، علی ؛ سعیدالذاکرین ، منصوره (۱۳۸۸). ابزارهای اندازه گیری و ضعیت سلامت و کیفیت زندگی سالمندان . *پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی) دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی* ، ۳۳ ، ۳ ،ص ۱۶۲–۱۷۳.

عباسی ، علی ؛ شمسی زاده ، مرتضی ؛ آسایش ، حمید و همکاران (۱۳۹۲) . ارتباط فشار مراقبتی با روش های مقابله ای مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی. *روان پرستاری* ، ۱،۳، ص ۷۱–۶۲.

محمدی ، فرحناز ؛ بابایی ، مهرزاد (۱۳۹۰). تاثیر مشارکت در گروه های حمایتگر بر سلامت معنوی و فشار مراقبتی در مراقبین عضو خانواده " سالمندان مبتلا به آلزایمر . *سالمند (مجله سالمندی ایران)* ،۱۹،۶، ص۳۷–۲۹.

محمدی شاهبلاغی ، فرحناز (۱۳۸۵) .خود کارآمدی و فشار مراقبتی مراقبین عضو خانواده سالمندان مبتلا به آلزایمر در تهران . *سالمند (مجله سالمندی ایران)* ،۱،۱ .

مسعودی ، رضا ؛ سلیمانی ، محمد علی ؛ هاشمی نیا ، علی محمد ؛ قربانی ، مصطفی ؛ حسن پور دهکردی ، علی ؛

بهرامی ، نسیم (۱۳۸۹). تاثیر الگوی توانمند ساز ی خانواده – محور بر کیفیت زندگی سالمندان . *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین* ،۱،۴، ص ۶۴-۵۷.

میرعارفین ، مژده ؛ شریفی ، فرشاد ؛ نظری ، ندا؛ فخرزاده ، حسین ؛ قادرپناهی ، مریم؛ بادامچی زاده ، زهره (۱۳۸۸) . آیا ارزیابی مختصر تغذیه ای ، شاخص پیش آگهی خوبی برای فعالیت روزانه سالمندان است؟. *سالمند (مجله سالمندی ایران)* ۴، ۱۳، ص ۱۶-۷.

نشاط دوست ، حمید طاهر؛ نیلفروش زاده ، محمدعلی ؛ دهقانی ، فهیمه ؛ مولوی ، حسین (۱۳۸۸). اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مدیریت استرس بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آلوپسی آرئاتا در مرکز تحقیقات پوست و سالک اصفهان. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک* ۱۲، ۲ ، ص ۱۲۵-۱۳۳.

همتی علمدارلو ، قربان ؛ دهشیری ، غلامرضا ؛ شجاعی ، ستاره ؛ حکیمی راد ، الهام (۱۳۸۸). مقایسه احساس تنهایی و سلامت عمومی در سالمندان ساکن خانواده و سرای سالمندان مناطق شمال شهر تهران . *سالمند (مجله سالمندی ایران)*،۸،۳، ص ۵۵۷-۵۶۴.

Bauer, j., Biolo, G., Cederholm, T., & et al (2013) Evidence-Based Recommendations for Optimal Dietary Protein Intake in Older ,People: A Position Paper From the PROT-AGE Study Group. JAMDA, 14, .542e559.

Brazil, K., Thabane, L., Foster, G., Bedard, M. (2009). Gender differences among Canadian Spousal Caregivers at the end of life. Health and Social care in the Community, 17 (2), 159-166.

Howell, D. (2010). statistical methods for psychology. WADSWORTH cengage learning,7th edition.

Karlawish, J. H., Zbrozek, A., Kinosian, B., Gregory, A., Ferguson, A., Low, D. V., Glick, H. A. (2008) caregivers' of life in Alzheimer's disease, Alzheimer's and Dementia. 4, 3, 203-211.

Lee, M. (2008).caregiver stress and Elder Abuse among Korean family caregivers of older Adults with Disabilities. J Fam Viol, 23, 707-712.

Lopez, C., Antoni, M., Penedo, F., Weiss, D., Cruess, S., Segotas, M., Helder, L., Siegel, S., Klimas, N., Fletcher, M. (2011). A pilot study of cognitive behavioral stress management effects on stress, quality of life, and symptoms in persons with chronic fatigue syndrome. Journal of Psychosomatic Research, 70, 4, 328-334.

Ron, P.(2009).Daughters as Caregivers of Aging Parents :The shattering Myth , Journal of Gerontological Social Work. 52,135-153.

Shu-hui, Y., Johnson, MA., Wang, Sh. (2002). The changes in caregiver burden following nursing home placement.International Journal of Nursing Studies, 39, 591-600.

Spurlock, WR. (2005). Spiritual wellbeing and caregiver burden in Alzheimer's caregivers, Geriatries Nursing, 26.

Peters, M., Fitzpatrick, R., Doll, H., Playford, D., Jenkinson, C. (2011). Does self-reported well-being of patients with Parkinson's disease influence caregivers strain and quality of life?. Parkinsonism & Related Disorders, Volume 17, Issue 5, 348-352.

Tsukasaki, K., Makimoto, K., Teruhiko, K. (2008). The impact of sleep on ambulatory blood pressure of female caregivers providing home care in Japan:An observational

study . International Journal of Nursing Studies.45.1730-1721

Yamaki, K., Hsieh, K., Heller, T. (2009).Health Profile of Aging Family Caregivers Supporting Adults With Intellectual and Developmental Disabilities at Home. Intellectual and Developmental Disabilities. 47(6), 425-435.